

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : c.bonnyaud@gmail.com

Mots clés : Hémiparésie ; Lokomat ; Contrainte ; Asymétrie ; Entraînement à la marche ; Paramètres biomécaniques de marche

Introduction.— À ce jour, aucune étude n'a évalué l'impact d'un entraînement à la marche robotisé sur les paramètres cinématiques et cinétiques de marche des sujets hémiparétiques. L'entraînement par contrainte semble une approche intéressante dans la rééducation des patients ayant subi un AVC. Un paradigme innovant serait de proposer aux patients hémiparétiques une contrainte robotique au cours d'un entraînement à la marche.

Objectif.— Comparer un paradigme novateur d'entraînement à la marche par contrainte cinématique asymétrique via le Lokomat (avec une contrainte négative du membre inférieur non-parétique et une contrainte positive du membre inférieur parétique) à un entraînement conventionnel symétrique sur Lokomat chez des sujets hémiparétiques.

Méthode.— Vingt-six sujets hémiparétiques ont été inclus dans cette étude randomisée contrôlée. Les sujets ont suivi soit l'entraînement à la marche avec Lokomat expérimental (LE) soit l'entraînement à la marche avec Lokomat conventionnel (LC). Une analyse 3D de la marche était réalisée avant, immédiatement après l'entraînement et après 20 min de repos.

Résultats.— Le pic de flexion de genou côté parétique était significativement plus important à la suite de l'entraînement LE en comparaison à l'entraînement LC et, les deux entraînements induisaient des modifications différentes de la réaction verticale au sol à la phase de simple appui. Par ailleurs, plusieurs paramètres spatio-temporels, cinématiques et cinétiques étaient significativement améliorés à l'issue de l'entraînement, quel que soit son type.

Discussion et conclusion.— La contrainte cinématique par exosquelette avec contrainte négative du membre inférieur non-parétique et contrainte positive du membre inférieur parétique semble être une approche efficace pour améliorer spécifiquement la flexion de genou côté parétique des patients ayant subi un AVC. Cette étude met également en évidence des améliorations spatio-temporelles, cinématiques et cinétiques des paramètres de marche à la suite d'un entraînement sur Lokomat chez des sujets hémiparétiques, ce qui a rarement été investigué auparavant.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.008>

CO49-004-f

Évaluation de la qualité du sommeil chez les hémiparétiques vasculaires



S. Salah^{*}, N. Lazreg, H. Migaou, S. Boudokhane, E. Toulgui, A. Nouria, A. Jellad, Z. Ben Salah Frih

Service de médecine physique, rééducation et réadaptation fonctionnelle, CHU Fattouma Bourguiba, rue 1^{er} juin, 5000 Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sanasalah@live.fr

Mots clés : Troubles du sommeil ; Arrêt vasculaire cérébral ; Syndrome d'apnée du sommeil

Objectifs.— Évaluer la qualité du sommeil d'une population de patient victime d'un AVC ischémique.

Patients et méthodes.— Étude prospective réalisée entre décembre 2012 et mars 2013. Les données étudiées étaient d'ordres épidémiologiques et cliniques. Le profil anxio-dépressif était évalué par le score « The Hospital Anxiety and Depression scale » (HAD) et la qualité de vie (QDV) par « The Short Form 12 » (SF12). La qualité du sommeil était évaluée par l'échelle de somnolence d'Epworth, par l'index de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI) et par un enregistrement polygraphique.

Résultats.— Nous avons recensé 22 patients d'âge moyen 54,2 ans \pm 10 ans. Le sex-ratio H/F était de 2,6. Parmi ces patients, 77,3 % avaient au moins un facteur de risque cardiovasculaire et 59,1 % avaient deux facteurs de risque ou plus. La majorité de nos patients (95,4 %) étaient hémiparétiques. Le côté gauche était atteint dans 54,5 % des cas. Tous nos patients étaient anxieux et/ou dépressifs (HAD-Anxiété moyen à 11,5 \pm 2,9 et HAD-Dépression moyen à 11,3 \pm 3,3). Pour la QDV, la composante physique du score SF12 était de 33,9 \pm 4,3 et la composante mentale était de 37,3 \pm 10,9. Le score d'Epworth moyen était de 8,8 \pm 4,4 considéré assez élevé pour demander un enregistrement polygraphique et le PSQI moyen était de 7,6 \pm 3,2. Une altération du score d'Epworth était

significativement associée au score HAD-Anxiété ($r = 0,4$, $p = 0,05$). Un PSQI élevé était significativement corrélé à l'âge ($r = 0,45$, $p = 0,03$) et au score HAD-Anxiété ($r = 0,65$, $p = 0,001$). Un syndrome d'apnée du sommeil (SAS) était confirmé chez 18 % de nos patients.

Discussion.— La relation entre troubles du sommeil et AVC est établie. La somnolence diurne excessive causée par un SAS ou la fatigabilité secondaire à l'insomnie ont des répercussions majeures sur la capacité du patient à déployer des efforts dans le cadre de sa réadaptation. Le dépistage de ces troubles est important pour préserver le pronostic vital (prévention secondaire des AVC) et pour améliorer le pronostic fonctionnel.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.009>

CO49-005-f

Impact d'un contrat d'autorééducation guidée sur la marche chez les patients hémiparétiques chroniques. Une étude prospective



N. Khalil^{*}, E. Hutin, T. Santiago, S. Joudoux, J.-M. Gracies

AP-HP, groupe hospitalier Henri-Mondor, université Paris-Est-Créteil, unité de neurorééducation, service de médecine physique et de réadaptation, 50, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nathalie.kh@gmail.com

Mots clés : Parésie spastique ; Contrat d'autorééducation guidée ; Vitesse de marche

Introduction.— Au-delà de neuf mois post AVC, les programmes de rééducation conventionnelle (RC) sont sans efficacité significative sur la vitesse de marche. Nous proposons aux patients ayant des capacités cognitives suffisantes de suivre un programme basé sur un contrat d'autorééducation guidée (CAG) où le thérapeute devient un éducateur, « entraînant » le patient techniquement, sélectionnant et expliquant les exercices requis, et psychologiquement, par un contrat où les patients s'engagent à réaliser quotidiennement les exercices prescrits et les documenter par écrit dans un carnet, régulièrement contrôlé par le thérapeute.

Méthodes.— Douze patients hémiparétiques chroniques (SF, 49 \pm 5 ans, 77 \pm 20 mois post AVC) ont été examinés à huit semaines d'écart, sans injection de toxine botulique dans l'intervalle. En plus d'une moyenne de deux heures hebdomadaires d'une RC libérale, six d'entre eux pratiquaient plus de trois heures hebdomadaires d'autorééducation guidée (CAG). Les critères de jugement étaient la vitesse de marche confortable et maximale chaussé, l'amplitude passive maximale de dorsiflexion de cheville à vitesse lente (X_{V1}), l'angle de ressaut (X_{V3} , Tardieu) et l'amplitude active de dorsiflexion de cheville (A), genou fléchi et tendu.

Résultats.— X_{V1} genou tendu était le seul paramètre différant au départ entre les deux groupes (CAG, 93° \pm 4 ; RC, 82° \pm 1, $p = 0,01$, Mann-Whitney). Après huit semaines, la vitesse de marche chaussé augmentait de 0,77 \pm 0,13 à 0,88 \pm 0,13 m/s (+14 %) dans le groupe CAG et de 0,68 \pm 0,13 à 0,69 \pm 0,13 m/s (+1,4 %) dans le groupe RC ($p < 0,01$, Test exact de Fischer). X_{V1} augmentait de 3,3° genou fléchi et de 5,5° genou tendu dans le groupe CAG, alors qu'elle diminuait de 0,6° et 4,6° respectivement dans le groupe RC (NS). À genou tendu augmentait de 8,2 % dans le groupe CAG alors qu'elle diminuait de 8 % dans le groupe RC (NS).

Conclusion.— Chez des patients hémiparétiques chroniques, le CAG semble améliorer la vitesse de marche par rapport à une rééducation conventionnelle.

Pour en savoir plus

Gracies JM, et al. Contrat d'Autorééducation Guidée dans la Parésie Spastique. De Boeck éditions; 2013. 108p.

Gracies JM. Autoprise en charge du membre supérieur chez l'hémiparétique : expérience pilote d'un programme intensif d'étirements et de mouvements alternatifs rapides à domicile au long cours. Ann Méd Phys 2003.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.010>

CO49-006-f

La qualité de la vie des personnes aphasiques après accident vasculaire cérébral



C. Lucot^a, M. Koleček^b, K. Laurent^c, B. Darrigrand^d, J. Bordes^c, P.-A. Joseph^c, P. Dehail^c, J.-M. Mazaux^c